



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **25240** (13) **U**
(51) МПК
A61B 17/11 (2007.01)МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ИНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ СТВОРЕННЯ СЕЧОВОГО РЕЗЕРВУАРУ ПРИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОМУ ВІДВЕДЕННІ СЕЧІ**

1

2

(21) u200705824

(22) 25.05.2007

(24) 25.07.2007

(46) 25.07.2007, Бюл. № 11, 2007 р.

(72)

(73) Старцева Марина Сергіївна, Войленко Олег
Анатолійович, Бітнер Василь Антонович, Стахов-
ський Олександр Едуардович(57) Спосіб створення сечового резервуару при
трансректальному відведенні сечі, який **відрізня-****ється** тим, що пацієнту під час операції адекват-
ний за об'ємом резервуар створюють із залучен-
ням сигмоподібної кишки, причому при довжині
останньої 32см та більше використовують як резе-
рвуар її дуплікатуру, а при довжині сигмоподібної
кишки менше 32см додатково в отвір в сигмі вшивають детубуля-
ризовану петлю здувниної кишки, в цьому разі
довжина здувниної кишки має бути не менше
37см.

Корисна модель належить до медицини, а са-
ме до хірургії та урології і може бути використана
для хірургічного лікування захворювань сечового
міхура, що потребують трансректального відве-
дення сечі.

Пластичні операції, які пов'язані з повним ви-
даленням сечового міхура, останнім часом вико-
нуються все частіше. Головним чином це відбува-
ється внаслідок зростання онкологічної патології
сечового міхура в популяції. Так, захворюваність
на цю патологію складає 2-4% і сягає 70% серед
загальної кількості пухлин сечостатевої системи
[Журавлєв В.Н. и соав., 2003; Коган М.И. и соав.,
2002; Переверзев А.С., 2000; Brauers A. et.al.,
2000; Pashos Ch.L. et.al., 2002; Ries L. et.al., 2000].
Ситуацію ускладнює постійне збільшення кількості
хворих на злоякісні новоутворення тазових орга-
нів, при цьому така тенденція спостерігається осо-
бливо серед осіб працездатного віку [Возіанов
О.Ф., 2002]. Зростання чисельності хворих на рак
сечового міхура (PCM) в Україні має особливе
значення у зв'язку з аварією на ЧАЕС. Так, в Укра-
їні за останні 10 років темп приросту показника
захворюваності на PCM склав - 14%, поширеність
підвищилась на 41%, кількість хворих на PCM - на
30,8% [Возіанов О.Ф. і спів., 2006]. В Російській
Федерації показник приросту захворюваності за
період 1996-2002рр. становив у жінок та чоловіків
відповідно 12,3 і 13,4% [Яненко Э.К., и соав. 1998;
Чиссов В.И., и соав., 2001]. Зостається на низько-
му рівні відсоток хворих, у яких злоякісні ново-
утворення виявлені при профілактичних оглядах;
при PCM цей показник у 2004р. становив тільки
8,2% [Возіанов О.Ф. і співавт., 2006]. Незважаючи
на поліпшення якості діагностики, 45-56% хворих

звертаються за спеціалізованою медичною допо-
могою на пізніх стадіях захворювання, при чому в
15-90% [Mills R.D., et.al., 2001] діагностується ме-
тастатичне ураження лімфатичних вузлів.

Не існує єдиної розробленої тактики щодо хі-
рургічного лікування хворих на PCM. Аналіз ре-
зультатів різних видів оперативних втручань у да-
ної групі пацієнтів показує, що органозберігаюча
тактика прийнятна лише для пацієнтів з неінвазив-
ним перехідно-клітинним раком і високим ступе-
нем гістопатологічної диференційованості пухли-
ни. Але протягом багатьох років органозберігаючі
операції виконувались і в тих випадках, коли була
очевидною доцільність радикальної цистектомії
[Стаховський Э.А., и соав., 2005].

Цистектомія є показаною також у випадках так
званих вторинних злоякісних новоутворень сечо-
вого міхура, при яких раковий процес органів ма-
лого тазу (прямої кишки, заочеревинного простору,
жіночих статевих органів) проростає його стінку
[Ильченко Д.Г., 2004; Husain A., et.al., 2000; Bodner
L., et.al., 1997]; хірурги та гінекологи можуть поми-
лково (при відсутності досвіду виконання подібних
операцій) розцінити такий процес, як технічно не-
операбельний.

Невелику, але складну в тактично-
лікувальному плані групу складають хворі з вро-
дженими вадами сечового міхура і уретри, які пе-
ренесли низку реконструктивних операцій з неза-
довільним результатом та потребують створення
штучного резервуару для сечі [Gearhart P., et.al.,
1996; Stein R., et.al., 1999].

Обмеження виконання операції цистектомії
обумовлено виникаючими післяопераційними
ускладненнями і незадовільними віддаленими

(13) **U**
(11) **25240**
(19) **UA**

результатами. Ранні післяопераційні ускладнення більшою мірою залежать від травматичності оперативного втручання, а пізні - частіше за все обумовлені методом відведення сечі. Ускладнення раннього післяопераційного періоду за даними різних авторів, мають місце у 11-70% хворих [Даренков С.П., 2006; Ильченко Д.Г., 2004; Комяков Б.К., 1996; Перепечай В.А., 2004; Fontaine E., et al., 2000; Pahemik S., et al., 2006]. Серед них найбільш тяжкими є ускладнення, пов'язані з хірургічним втручанням: неспроможність міжкишкового анастомозу у 4-11,7%, неспроможність швів резервуару - 5,9%, кишкова непрохідність - 1,6-3%, кишкові фістули (кишково-шкірні, міжкишкові, кишково-вагінальні та ін.) - 0,7-1,6%, гнійні ускладнення у вигляді абсцесів, флегмон - 1,2-2%, які в подальшому можуть бути причиною повторних оперативних втручань (5-8,6%) та післяопераційної летальності [Морозов А.В., и соав., 2000; Hautmann R.E., et al., 1999; Kulkarni J. N., et al., 2003; Mansson W., et al., 2003]. В той же час Mirhashemi R. та співавтори (2004) повідомляють про відсутність будь-яких післяопераційних ускладнень при подібних операціях.

Пізнє ускладнення та незадовільні результати цистектомії у 12-30% випадків пов'язані саме із способом деривації сечі [Жаринов Г.М., и соав., 2003; Фигурин К.М., и соав., 2002; Hara I., et al., 2003; Chang S.S., et al., 2000; Fujisawa M., et al., 2000]. Найбільш фізіологічним методом деривації є кишечний ортотопічний резервуар, який забезпечує порівняно кращу якість життя пацієнтів зі збереженням природного сечовипускання через уретру [Возианов А.Ф., и соав., 2002; Гнилорыбов В.Г., и соавт., 2000; Переверзев А.С., 2000; Серняк П.С., и соав., 1999; Стаховський Е.О., і спів., 2000; Krupski T., Theodorescu D., 2001; Burkhard F.C., Studer U.E., 2000; Carrion R., et al., 2004]. Цей метод не можливо застосувати при враженнях уретри. Запропонована велика кількість методик формування гетеротопічних резервуарів: здухвинних і ободових, за яких сечовипускання здійснюється через кишкову стому [Красный С.А., и соав., 2005; Токтомушев А.Т., и соав., 1999; Santucci R.A., et al., 1999; Leissner J., et al., 2000].

Проблема деривації сечі після операції цистектомії є не вирішеною і в нашій країні. Залишається відносно високою кількість післяопераційних ускладнень та незадовільних віддалених результатів. Це призводить до подальшої розробки та впровадження нових методів деривації сечі, пошуку шляхів підвищення її ефективності і безпеки та лікування ускладнень, що й визначає актуальність теми.

Відомий спосіб тонкокишкової пластики сечового міхура за Бриккером [Шепилов В.И. Рак мочевого пузыря. - М.: Медицина. 1983. -192с. на стор.115] при якому "виконують нижньосерединну лапаротомію. Знаходять клубову кишку і, відступивши 30-40см від місця її впадання у сліпу кишку, викроюють сегмент довжиною 25-30см з добре вираженим судинним малюнком. Мобілізують дистальні відділи сечоводів, причому лівий проводять через мезосигмоїдеум, вводять в них поліетилєнові трубки й імплантують в отвір сегмента одним

з описаних вище способів. Місце анастомозів ретельно перитонізують очеревиною. Укладають сегмент поперечно на рівні промонторіуму до задньої очеревиної і фіксують декількома швами з таким розрахунком, щоб між ними не змогла защемитися кишка. Кінець сегмента через розріз у правій або лівій клубовій області виводять на 2-3см вище поверхні шкіри і фіксують його до апоневрозу та шкіри. Кишково-шкірний анастомоз повинен розташовуватись таким чином, щоб зручно було носити фіксуючий пояс для сечоприйомника. Дефект у брижі вшивають і відновлюють цілісність тонкої кишки анастомозом "бік у бік".

Недоліками відомого способу є невелика ємність заново сформованого міхура, рефлюкс кишкового вмісту у верхні сечовивідні шляхи і зумовлена цим інфекція (хронічний пієлонефрит, сепсис), яка призводить до розвитку ниркової недостатності, ускладнення з боку стоми (стеноз кишково-шкірної стоми, навколостомічні грижі). Однак, головним недоліком даного способу є наявність стоми на передній черевній стінці, яка завдає хворому тяжких фізичних і моральних страждань.

Відомий спосіб тонкокишкової пластики сечового міхура за Шиллінгом А. із співавт. [Шиллинг А., Фризен А., Гринвальд В.А. Новая методика оперативного лечения рака мочевого пузыря и ее ближайшие результаты //Вестник хирургии. -1994.- №1-2. С.82-90], при якому для створення штучного сечового міхура використовують відрізок клубової кишки довжиною 45-50см. В залежності від особливостей анатомічної будови мезентеріальних судин з мобілізованого сегмента клубової кишки формують М - або W-подібної форми сечовий міхур. Кишкову пластику здійснюють за описаною Коск методикою із застосуванням безперервного шва. Для імплантації сечоводів використовують методику Samey та Le Due у вигляді так званого роздвоєного рукава. Після формування купола нового сечового міхура накладають анастомоз між ним і воронкоподібною простатичною частиною уретри. При цьому два напівциркулярних безперервних шви з 1 СТ1 Дехон нитки накладають на рівні 6 годин і проводять у різні боки, формуючи вузол на рівні 12 годин. Безперервним швом ушивають купол нового сечового міхура. Отвір анастомоза дренують силіконовим катетером №22. Сечоводи дренують двома сечовідними катетерами, які виводять на передню черевну стінку через стому сечового міхура. Ще один уретральний катетер №20 проводять у заново сформований сечовий міхур для постійного його зрошення та виведення секретів слизової оболонки його. Через 12 днів видаляють сечовідні катетери і через 21 день - міхурний катетер.

Недоліком відомого способу є - технічна складність виконання операції, рефлюкс кишкового вмісту у верхні сечовивідні шляхи та зумовлена цим інфекція (хронічний пієлонефрит, сепсис). Однак, головним недоліком відомого даного способу є неможливість його використання для первинної пластики сечового міхура у хворих з локалізацією пухлини в області отвору уретри, яка робить необхідним видалення її частини з онколо-

гічних міркувань. У цій ситуації накласти анастомоз між кишкою та резектованою частиною уретри надто важко. Використання даного методу не можливе також і, для вторинної пластики сечового міхура після раніше виконаної цистектомії через рубцево-склеротичні процеси, які розвиваються у куцї уретри.

Відомий спосіб тонко-кишкової пластики сечового міхура за Чухрієнко Д.П. [Чухрієнко Д.П., Люлько А.В. Атлас операцій на органах мочеполової системи. - М.: Медицина, 1972. -376с.], при якому після видалення сечового міхура розтинають черевну порожнину і відступивши на 20-30см від ілеоцекального кута, резеціюють петлю тонкої кишки довжиною до 25см. Прохідність кишечника відновлюють анастомозом бік в бік або кінець в кінець. Петлю резектованої кишки виводять в малий таз. Край очеревини обшивають навколо брижі петлі. Черевну порожнину закривають наглухо. Кінці ізольованої петлі ушивають. Обидва сечоводи на відстані 6-7см один від одного пересаджують у заново утворений резервуар. Потім по зовнішньому краю між сечоводами петлю розсікають і в розріз вводять дренажну трубку, яку виводять через уретру. Краї утвореного міхура вузловими швами фіксують до уретри і навколишніх тканин.

Недоліком відомого способу є недостатня ємність заново сформованого міхура, високий ризик розриву сечовідно-кишкового анастомоза, неможливість його використання для первинної пластики сечового міхура у хворих з локалізацією пухлини в області отвору уретри, яка робить необхідним видалення її частини з онкологічних міркувань. Використання даного методу не можливе також і для вторинної пластики сечового міхура після раніше виконаної цистектомії через рубцево-склеротичні процеси, які розвиваються у куцї уретри.

Відомий спосіб тонко-кишкової пластики сечового міхура за Самеу-Ле Дю [Манагадзе Л.Г., Чигогидзе Т.Г., Родионов І.А., Гоцадзе Д.Т. Методы надпузырного отведения мочи и цистопластики //Урология и нефрология. -1994. -№3. -С.45-49] обраний за прототип, при якому ізолюють 30-40см тонкої кишки на відстані 15см від сліпої кишки, намагаючись виділити сегмент так, щоб його середина вільно без натягнення досягла уретри. Лівий сечовід антирефлюксно анастомозують з лівим "рогом" кишкового сегмента. Наступним етапом здійснюють кишково - уретральний анастомоз, і потім правий сечовід трансплантують за антирефлюксною методикою у верхівку правого "рога" кишкового сегмента.

Недоліком відомого способу є нічне нетримання сечі, яке часто розвивається і причини якого знаходять "у значних перистальтичних скороченнях тубулярного кишкового трансплантату і в ослабленні м'язів тазового дна" [Манагадзе Л.Г., Чигогидзе Т.Г., Родионов І.А., Гоцадзе Д.Т. Методы надпузырного отведения мочи и цистопластики //Урология и нефрология. -1994. -№3. -С.45-49], а також, які в наведених вище аналогах, неможливість його використання для первинної пластики сечового міхура у хворих з локалізацією пухлини в області отвору уретри і неможливість використання для вторинної, пластики сечового міхура після

раніше виконаної цистектомії через рубцево-склеротичні процеси, які розвинулись у куцї уретри.

Існують способи відведення сечі через пряму кишку (трансректальна деривація) з формуванням резервуару [Возіанов О.Ф., і спів., 1998; Ільченко Д.Г., 2004; Переверзев А.С., 2000; Fisch M., et.al., 1996]. Для попередження рефлексів сечі, газів і кишкового вмісту в сечівники, а також сечі в проксимальні відділи кишечника створюють уретеро-резервуар із сімки [Fisch M., Wammack R., Muller S.C., Hohenfellner R. The Mainz pouch II (sigma rectum pouch) //J. Urol. -1993. -Vol.149, №2. -P.258-263].

При короткій сигмовидній кишці або недостатній брижі в отвір сигмоподібної кишки підшивають, петлю із здухвинної кишки [UA №313 26A, МПК6A 61B17/00. Спосіб уретероілеосигмо-анастомозу /О.Ф. Возіанов, Е.О. Стаховський, О.А. Войленко (Україна). -№98084293. Заявл.06.08.98; Опубл., 15.12.2000 //Бюл. №7 -2с.].

Відомі способи не надають хірургу чіткого алгоритму дій при виборі тактики деривації сечі.

В основу корисної моделі покладено задачу розробити спосіб створення сечового резервуару, який дозволив би підвищити ефективність лікування хворих, що потребують трансректального відведення сечі та попередити рефлюкси сечі, газів та кишкового вмісту в сечоводи, а також сечі в проксимальні відділи кишечника шляхом створення алгоритму інтраопераційних прийомів.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі створення резервуару при трансректальному відведенні сечі пацієнту під час операції адекватний за об'ємом резервуар створюють із залученням сигмоподібної кишки, при чому, при довжині останньої 32см та більше використовують як резервуар її дуплікатуру, а при довжині сигмоподібної кишки менше 32см додатково в отвір в сигмі вшивають детубуляризовану петлю здухвинної кишки, в цьому разі довжина здухвинної кишки має бути не менше 37см.

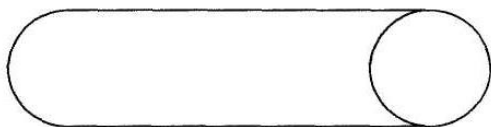
Спосіб здійснюють наступним чином: коли обрано метод трансректальної деривації сечі оцінюють придатність сигмоподібної кишки для створення сечового резервуару - її довжину, рухливість вираженість спайкового процесу, тощо. За умов довжини петлі сигмоподібної кишки її рухливої частини 32см та більше використовують, як резервуар, її дуплікатуру за методикою Mainz pouch II. При довжині сигмоподібної кишки її рухливої частини менше 32см, оцінюють придатність здухвинної кишки для створення сечового резервуару, визначають її довжину, й, у разі її довжини не менше 37см, додатково в отвір в сигмі вшивають детубуляризовану петлю здухвинної кишки [1]. Таким чином із петель кишечника створюють сечовий резервуар, який має адекватний об'єм для забезпечення ректального відведення сечі та запобігання рефлюксів. Попередження рефлюксів досягається саме завдяки адекватним розмірам створеного резервуару, які досягаються завдяки запропонованій нами методиці.

Нами були розраховані схематичні об'єми сечових резервуарів, завдяки чому були визначені

цифрові параметри довжини петель кишок та розроблено алгоритм хірургічних прийомів.

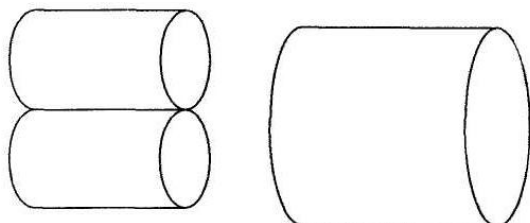
При формуванні резервуару із петлі сигмоподібної кишки об'єм резервуару розраховувався за наступною методикою.

1. За основу бралася петля сигмовидної кишки, яка використана для детубулізації, радіус якої в середньому дорівнює $r_1=2\text{см}$. [Р.Д. Синельников 1979], а довжина - h . Петля розглядалась, як математична фігура - циліндр.



$$V1_a = \pi r_1^2 * h$$

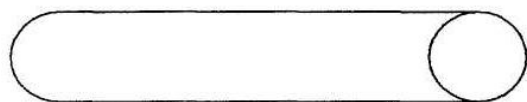
2. Після детубуляризації об'єм резервуару становив:



$$V1 = (2\pi r_1)^2 * h / 2.$$

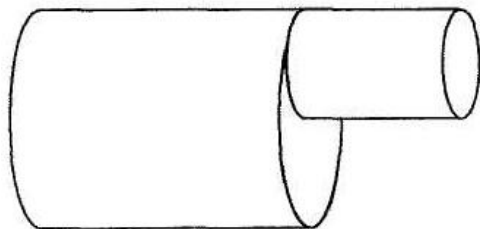
При формуванні резервуару із здувочної та сигмовидної кишки об'єм резервуару розраховували за наступною схемою.

1. Петля здувочної кишки з радіусом $r_2=1,2\text{см}$ і довжиною L розглядалась, як математична фігура - циліндр.

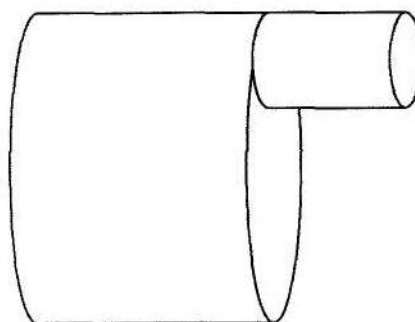


$$V2_a = \pi r_2^2 * L$$

2. При формуванні резервуару з детубулізованого сегменту здувочної кишки за вказаною методикою можливо розглянути у вигляді наступних математичних фігур:



3. Даний резервуар, після розсічення сигмовидної кишки по боковому краю, з'єднується з нею.



Отже загальна площа уретероілеосигморезервуару складає суму площин

$$V2_6 \text{ і } V2_в$$

$$V2 = V2_6 + V2_в$$

$$V2 = \pi r_2^2 * L / 3 + \pi (2r_2 + r_1)^2 * L / 3$$

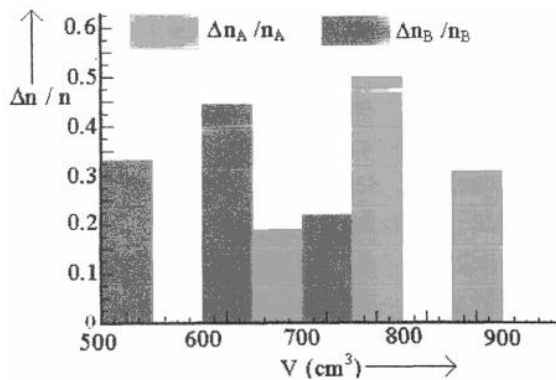
Проведений аналіз 35 пацієнтів, 26 із них не мали на рентгенограмі ознак рефлюксів ($n_A = 26$), у 9-ти знайдено дані ознаки.

При математичному аналізі створили таблицю розподілу числа хворих по інтервалам об'єму сечового міхура (V). Величини Δn_A і Δn_B означають число пацієнтів без ознак рефлюксів (A) і з ознаками рефлюксів (B) у відповідних інтервалах об'ємів. Інтервали обрані широкими у зв'язку з тим, що виміри об'єму міхура виконувалися з обмеженою точністю. Розподіл хворих з патологічним рефлюксом та без, щодо об'єму резервуару наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

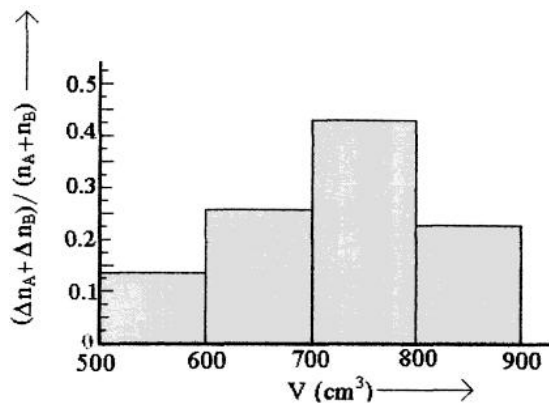
Розподіл числа хворих по інтервалам об'єму сечового міхура.		
$V \text{ см}^3$	Δn_A	Δn_B
501 ÷ 600	0	3
601 ÷ 700	5	4
701 ÷ 800	13	2
801 ÷ 900	8	0

З наведених даних видно, що при малому об'ємі сечового міхура рефлюкс спостерігається частіше, ніж при більшому об'ємі. З використанням діаграми можна наглядно продемонструвати збільшення питомої частки хворих з наявним патологічним рефлюксом у діапазоні нижчого об'єму резервуару.



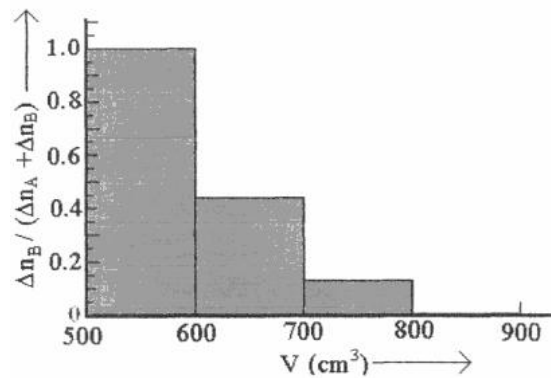
Фіг. 1. Розподіл пацієнтів-А та пацієнтів-В по інтервалу об'єму V.

З малюнків (Фіг.1, 2) видно, що найбільша частина пацієнтів відноситься до області $700\text{см}^3 < V < 800\text{см}^3$.



Фіг. 2. Розподіл всіх пацієнтів по інтервалу об'єму.

Розподіл частоти виникнення патологічних рефлексів в залежності від розрахованого об'єму резервуару проілюстрована на Фіг.3.



Фіг. 3. Частота виникнення патологічних рефлексів.

$n_B / (\Delta n_A + \Delta n_B)$ - кількість пацієнтів, що мали патологічні рефлекси,

$\Delta n_A + \Delta n_B$ - загальна кількість досліджених пацієнтів.

З малюнка (Фіг.3) видно, що для області $V < 600\text{см}^3$ характерна стовідсоткова поява патології. В області $600\text{см}^3 < V < 700\text{см}^3$ відносна кількість пацієнтів з патологією досить велика, трохи менше половини. В області $700\text{см}^3 < V < 800\text{см}^3$ ця величина становить біля 13%. В області $V > 800\text{см}^3$ випадки з патологією не зафіксовані.

Представимо дані у вигляді таблиці 2.

Таблиця 2

Розподіл частоти зустрічаємості пацієнтів з патологічними рефлюксами та без них при розрахованому об'ємі резервуару $V < 700\text{см}^3$ і $V > 700\text{см}^3$

	Δn_A	Δn_B	$\Delta n_A + \Delta n_B$
$V < 700\text{см}^3$	5	7	12
$V > 700\text{см}^3$	21	2	23
Всього	$n_A = \sum n_A = 26$	$n_B = \sum \Delta n_B = 9$	$n = n_A + n_B = 35$

З таблиці 2 видно, що в області $V < 700\text{см}^3$ відносна кількість випадків з патологією склало 58%, в області $V > 700\text{см}^3$ - лише 9%. З використанням точного критерію Фішера вірогідність того, що групи $V < 700\text{см}^3$ і $V > 700\text{см}^3$ статистично значимі по виникненню патологічних рефлексів, є 99,7%.

Проведені математичні розрахунки дозволяють стверджувати, що під час операції при формуванні резервуару повинна вимірюватись довжина петлі кишечника. Довжина петлі кишки, необхідної для створення резервуарів відповідного розрахованого об'єму, наведено у таблиці 3.

Таблиця 3

Розраховані об'єми резервуарів - V , см^3 ; та довжини сигмовидної кишки - h , см і здувниної кишки, L , см , які потрібні для створення резервуарів вказаного об'єму за методикою Mainz pouch II та уретероілеосигмостомії, відповідно

V , см^3	<500	600	700	800	>900
h , см	<20	24	28	32	>36
L , см	<23	28	32	37	>41

Довжина петлі сигмовидної кишки для створення резервуару по методиці Mainz pouch II може бути недостатньою в зв'язку з її індивідуальними особливостями (обмежена рухливістю її брижі, коротка брижа, спайковий процес, тощо). Враховуючи останнє, при довжині „придатної” ділянки петлі менше, ніж 32 см (для створення резервуару 800 см^3), потрібно застосовувати методику трансректальної деривації сечі шляхом уретероілеосигмостомії. При чому довжина петлі здувниної кишки повинна бути не менше 37 см .

Ефективність способу, що заявляється, підтверджується наступним прикладом.

Приклад.

Хворий К, 64р., надійшов до клініки в ургентному порядку з приводу макрогематурії, болей у лівій поперечній області, загальної слабкості, схуднення. При обстеженні виявлено пухлину лівої стінки сечового міхура, проростаючу в праве устя сечоводу, і усі шари детрузора, при мікроскопії осадку сечі виявлено атипові клітини, при екскреторній урографії виявлено правобічну уретеропієлоектазію. Встановлено діагноз: рак сечового міхура $T_3M_0N_0$.

Після передопераційної підготовки хворий оперований. Після цистектомії при ревізії черевної порожнини виявлено, що брижа сигмоподібної кишки коротка, що обмежує її рухливість, довжина рухливої частини петлі 20 см , здувниної кишки без ознак спайкового процесу рухлива, відступивши 40 см від баугінієвої заслонки є можливість резекції її сегменту не менше 37 см . Опе-

рацію продовжено згідно запропонованого способу трансректального відведення сечі - створення уретероілеосигморезервуару.

Післяопераційний перебіг - без ускладнень, ректальний зонд видалений на 9 добу, сечовипускання через ампулу прямої кишки самостійне кожні 40-60 хвилин, сечу, кал утримує. Виписаний у задовільному стані на 15 день після операції.

Оглянутий через 3 місяці: стан задовільний, скарг немає, сечу, кал утримує, сечовипускання кожні 3-4 години вдень та 4-5 вночі. Стілець 1-2 рази на добу оформлений. Диференціює позиви між сечовипусканням і дефекацією. За даними екскреторної урографії ознак рефлюксів сечі, кишечного вмісту, газів в сечоводі та лоханку та сечі у проксимальні відділи кишечника немає.

Таким чином, заявляемый спосіб дозволяє ефективно відводити сечу після радикальної цистектомії у адекватний за об'ємом сечовий резервуар, сформований із петель кишечника, що дозволяє запобігти таких післяопераційних ускладнень як висхідний рефлекс - пієлонефрит та рефлюкс сечі до проксимальних відділів кишечника і попереджує надмірному всмоктуванню продуктів сечі через слизову оболонку кишечника та виникнення в ній запальних процесів.

Джерела інформації:

1. UA №31326A, МПК6А 61В17/00. Спосіб уретероілеосигмо-анастомозу /О.Ф. Возіанов, Е.О. Стаховський, О.А. Войленко (Україна). - №98084293. Заявл. 06.08.98; Опубл., 15.12.2000 //Бюл. №7. -2с.